

Année 1925

THESE

N°
389

pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

LA POLYDACTYLITE HÉRÉDOSYPHILITIQUE

Travail du service du Professeur agrégé
P. Lereboullet à l'hôpital des Enfants malades par

M. Raymond GILBERT

né le 8 Juin 1900 à Pradiers (Cantal)

présidée par M. le Professeur NOBÉCOURT

Librairie Médicale et Scientifique
Marcel VIGNE, éditeur
11 et 13, Rue de l'Ecole-de-Médecine
PARIS (VI°)

11111 11111111

Y3A98U1 3MA1

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

ABRAMI Patholog. médicale.
ALGLAVE Patholog. chirurg.
AUBERTIN .. Patholog. médicale.
BASSET Patholog. chirurg.
BAUDOIN Patholog. médicale.
BINET Physiologie.
BLANCHETIERN . Chimie biologique,
BRANCA Histologie.
BRULE Patholog. médicale.
BUSQUET ... Pharmacologie et
 matières médi-
 cales.
CADENAT Patholog. chirurg.
CHAMPY Histologie.
CHIRAY Patholog. médicale.
CLERC Patholog. médicale.
DEBRE Hygiène.
I. de JONG ... Anatomie pathol.
DUVOIR Médecine légale.
ECAILLE Ostétrique.
FIESSINGER .. Patholog. médicale.
FOIX Patholog. médicale.
GARNIER Patholog. expérimental.
HARVIER Patholog. médicale.
HEITZ-BOYER. Urologie.
HOVELACQUE. Anatomie.
JOYEUX Parasitologie.

LABBE (Henri). Chimie biologique.
LARDENNOIS Patholog. chirurg.
LE LORIER .. Ostétrique.
LEMAITRE ... Oto-rhino-laryng.
LEMIERRE ... Patholog. médicale.
LEVY-SOLAL .. Ostétrique.
LHERMITTE . Patholog. mentale.
LIAN Patholog. médicale.
MATHIEU ... Patholog. chirurg.
METZGER .. Ostétrique.
MOCQUOT ... Patholog. chirurg.
MONDOR Patholog. chirurg.
MOURE Patholog. chirurg.
MULON Histologie.
PHILIBERT .. Bactériologie.
RIBIERRE ... Patholog. médicale.
ROUVIERE .. Physiologie.
RICHT Fils .. Anatomie.
STROHL
TANON Patholog. médicale.
Pharmacologie et
matières médi-
cinales.
TIFFENEAU ..
VAUDESCAL . Obstétrique.
VERNE Histologie.
VILLARET ... Patholog. médicale.
WELTER ... Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

CAMUS Physiologie.
GOUGEROT . Patholog. médicale.
GUENIOT Obstétrique.

RETTGERER . . . Histologie.
ROUSSY . . . Anatomie pathol.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	MM.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.
LERI	Clinique médicale.
LÉPER	Clinique médicale.
OMBREDANNE	Clinique médicale infantile.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
TERRIEN	Clinique ophtalmologi

. — CHARGES DE COURS

MAUCLA RE, agrégé ..	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY ..	Stomatologie.
N... ..	Education physique.
LEDOUX EBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MERE

A MON PERE

A MA MERE

*En témoignage de profonde
reconnaissance filiale.*

A MA SŒUR,

A MON BEAU-FRERE,

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR P. LEREBoullet,
Professeur agrégé,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
qui nous a conseillé d'aborder ce travail.

A M. LE DOCTEUR F. SAINT GIRONs,
Ancien chef de clinique
de la Faculté de Médecine de Paris,
dont les conseils nous furent si profitables.

A MES MAITRES,
de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand,
de la Faculté et des Hôpitaux de Paris.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE,

M. LE PROFESSEUR NOBECOURT,

Professeur de Clinique médicale infantile,

Membre de l'Académie de Médecine,

Chevalier de la Légion d'honneur,

en témoignage de ma gratitude et de mon respect.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Les lésions osseuses digitales ont été bien souvent considérées comme ressortissant de la tuberculose seule.

Cependant, l'étude des faits nous oblige à penser qu'elles sont aussi une manifestation sinon fréquente, tout au moins spéciale, dans les différentes lésions osseuses, dues à la syphilis héréditaire.

En effet l'ostéopériostite et l'ostéochondrite hérédosyphilitique, bien connues au niveau des os longs quoique fréquemment étudiées au niveau des os de la main, ne sont cependant pas encore rentrées dans les notions cliniques communes.

Malgré les nombreux travaux que nous citons à l'historique, les traités classiques ne consacrent que peu ou pas de mots aux phénomènes relatifs à la polydactylite hérédosyphilitique.

Or cette notion de l'origine syphilitique du spina

ventosa chez les nourrissons, nous paraît fort importante, en raison de l'efficacité du traitement, qui amène une rétrocession rapide des phénomènes pathologiques hérédosyphilitiques, ainsi que nous aurons l'occasion de le montrer dans la suite de notre travail.

Enfin, en dehors des moyens cliniques dont dispose actuellement le médecin, toutes les fois que se pose à lui, le diagnostic de syphilis héréditaire; nous ne devons point négliger l'importance des réactions sérologiques, sans toutefois oublier que ces réactions, ne sont qu'un moyen de contrôle, et que même leur réponse négative n'exclut pas la syphilis surtout en ce qui concerne la syphilis héréditaire.

Enfin la Radiographie apporte une contribution importante dans le diagnostic des lésions osseuses de la syphilis héréditaire.

Le lundi 9 mars, venait à la consultation du Dr P. Lereboullet aux Enfants Malades, un nourrisson amené par sa mère, pour lésions multiples des doigts, rappelant le Spina Ventosa.

Un examen complet ne nous révéla aucun antécédent bacillaire, ni chez le petit malade, ni dans sa famille; et de plus, nous constatâmes, en outre, des lésions multiples, qui nous firent affirmer la spécificité héréditaire.

L'examen radiographique et l'observation fixeront mieux encore l'intérêt de ce cas.

Cette observation de par les lésions multiples et polymorphes présentées par notre petit malade, nous a paru assez intéressante pour en faire le sujet de notre thèse.

Nous tenons ici à remercier tout particulièrement notre maître le professeur agrégé P. Lereboullet, et son assistant, le Dr Saint Girons, dont les conseils nous furent si profitables et qui nous guidèrent au cours de ce modeste travail.

PLAN

- 1°) Définition et observation d'un cas de *Polydactylite hérédosyphilitique* observé dans le service de M. le Professeur agrégé P. Lereboullet aux Enfants Malades.
- 2°) Historique du *spina ventosa hérédospécifique*, et de la *polydactylite hérédosyphilitique*.
- 3°) Etude clinique et radiologique montrant le caractère propre des lésions et leur évolution.
- 4°) Anatomie pathologique.
- 5°) Diagnostic clinique et radiologique avec les autres lésions digitales.
- 6°) Thérapeutique.
- 7°) Conclusions.

DEFINITION

Employé pour la première fois par *Chassaignac* en 1859, le terme de *dactylite syphilitique* fut abandonné l'année suivante par *Nélaton* qui proposa celui de *panaris syphilitique*.

Bergh de Copenhague en 1870 signala *lostéomyélite gaumeuse des doigts*.

Lewin en Allemagne désigna ces lésions sous le nom de *phalangite spécifique*.

Tous ces termes ont d'ailleurs été employés indistinctement pour des lésions intéressant soit la syphilis acquise, soit la syphilis héréditaire des doigts.

Mais en raison de la multiplicité des lésions, dans la plupart des cas observés et plus particulièrement dans celui qui fait l'objet de ce travail, nous croyons utile avec l'assentiment du Professeur agrégé P. Lereboullet de lui réserver le nom de *Polyductilite hérédospécifique*, ainsi que notre maître a défini les lésions dans la communication faite à la *Société de*

Pédiatrie de Paris, le 22 avril 1925 en collaboration avec F. Saint Girons et J. J. Gournay, nous réservant cependant de noter les phénomènes évolutifs, succédant à cette présentation.

Nous montrons par là dès le début, notre désir de signaler la multiplicité des lésions osseuses; leur origine nettement hérédospécifiques, nous éliminerons, par conséquent de cet exposé, toutes les lésions de la syphilis acquise des os de la main et des doigts, ainsi d'ailleurs que toutes les lésions cutanées.

OBSERVATION

L'enfant J. P... deux mois et demi, est amené par sa mère à la consultation du docteur P. Lereboullet aux Enfants Malades, le 9 Mars 1925, pour augmentation de volume des doigts.

Antécédents personnels : Né à terme ; accouchement normal. Rien de spécial à noter à la naissance ; ni coryza, ni pemphigus ; pas de lésions anales, ni buccales. L'enfant est nourri au sein.

Antécédents collatéraux : Une sœur âgée de vingt

trois mois, toujours bien portante, a été examinée dans le service le 18 mars, ne présentant aucune lésion pouvant faire penser, soit à la syphilis ou à la tuberculose.

Antécédents héréditaires : père âgé de 34 ans, bien portant, sans antécédents pathologiques. Marié depuis trois ans.

Mère bien portante ne présente aucune lésion de spécificité, ni de bacillose. Une réaction de Bordet Wasserman pratiquée le 23 Mars 1925, a été négative.

On ne relève pas de fausses couches dans les antécédents.

Grands parents maternels : Vivants, en bonne santé. Ils ont eu douze enfants ; sept sont vivants, bien portants ; trois sont morts en bas âge, sans précision de cause : deux autres sont morts à douze ans.

Grands parents paternels : Vivants en bonne santé, ils ont eu cinq enfants, dont 4 sont bien portants, le cinquième est mort en bas âge, sans précision.

HISTOIRE DE LA MALADIE

(à la date du 9 mars.)

Depuis un mois et demi, l'enfant manifestait de la douleur à la pression sur les phalanges ; il semble d'ailleurs que ces douleurs étaient exarcerbées la nuit et devenaient alors spontanées ; puis pro-

gressivement, la mère a constaté une modification dans la forme des doigts.

Le début s'est fait à la main droite, à la première phalange des doigts ; dix jours après, la main gauche est prise à son tour dans les mêmes conditions.

Tous ces phénomènes se sont accompagnés de douleurs au palper et à la pression.

De plus, depuis un mois, l'enfant ronfle sans écoulement de sérosité par les narines ; quoique la mère précise que depuis quelques jours elle a constaté la présence de croutelles aux deux narines avec écoulement de sérosité par la narine droite.

Examen du 9 mars. L'aspect des mains de notre petit malade était alors particulièrement curieux, ainsi que le montre le dessin que nous publions ci-joint.

Les quatre derniers doigts de la main droite sont le siège d'une déformation particulière, qui atteint les phalanges et les phalanges.

Au niveau de chaque segment existe un gonflement marqué, fusiforme, qui respecte l'interligne articulaire, de sorte que les doigts ont un aspect ficelé, boudiné. La peau est de coloration normale, sauf au niveau de l'index droit, où le gonflement est du reste maximum, et où les téguments sont de couleur violacée.

La palpation, nettement douloureuse, provoque des cris et des mouvements. Elle révèle un gonflement dur, régulier, d'origine ostéopériosté. On ne note pas de modifications des téguments, ni des tissus mous ; les phalanges sont intactes.

La main gauche présente des lésions identiques respectant le pouce et les phalanges, atteignant les phalanges des quatre derniers doigts, ainsi d'ailleurs que les phalanges, avec maxima à l'index, où, cependant, l'aspect extérieur des téguments est moins modifié qu'à la main droite.

Il existe, en outre, quelques stigmates de rachitisme caractérisés par un léger chapelet costal, un craniotabès limité sous forme d'une plaque de deux francs, siégeant à l'écaille de l'occipital gauche. Enfin, augmentation de volume des épiphyses radiales et cubitales prédominant à gauche.

Les narines présentent des croutelles brunâtres et la narine droite est le siège d'un écoulement purulent, épais, abondant.

Autour de l'anus, on trouve une effervescence d'une vingtaine de palpules peu saillantes, d'aspect framboisé, fermes au toucher ; elles sont le siège d'érosions très superficielles. Elles se groupent de façon très typique autour de l'anus, respectant la région des fesses et plus particulièrement les plis fessiers.

Le foie déborde largement les fausses côtes ; la rate est augmentée de volume.

Un prélèvement de sang a été effectué et nous donne une réaction de Bordet Wasserman positive totale.

Enfin, depuis une semaine, l'enfant présente aux deux avants-bras une éruption de vésicules, contenant un liquide clair sous pression, ne s'accompagnant d'aucune réaction inflammatoire. Quelques éléments analogues sur le front et aux confins du cuir chevelu. Ces lésions nous semblent ressortir de la dyshydropse.

Examen du 26 mars. — Les frictions d'onguent napolitain dédoublé sont faites régulièrement.

On constate une légère amélioration du coryza qui persiste encore ; l'enfant ronfle cependant moins ; les papules périanales rétrocedent légèrement, sans disparaître toutefois.

Les lésions digitales sont nettement en voie de rétrocession, sauf à l'index gauche qui est encore tuméfié et de couleur violacée. L'Etat général semble nettement amélioré.

Examen du jeudi 9 avril. — L'amélioration persiste, surtout au point de vue général ; les papules périanales sont en voie de disparition ; le coryza persiste encore. L'amélioration des lésions digitales est manifeste.